



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/ 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS DIRIGIDOS
AL ALIVIO DEL DOLOR ONCOLÓGICO HOSPITALARIO**

Autora: Patricia Valero Tapia

Directora: Mercedes Ruizdiaz Peña

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
METODOLOGIA	9
DESARROLLO	12
1. AUTOR	12
2. REVISOR EXTERNO	12
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES	12
4. METODOLOGÍA	12
5. OBJETIVOS	13
6. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO	13
7. POBLACIÓN DIANA.....	13
8. ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	13
8.1. Valoración del dolor	13
8.1.1. ¿Cómo?.....	13
8.1.2. ¿Cuándo?	14
8.2. Elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería.....	14
8.3. Manejo farmacológico del dolor	15
8.3.1. Vías de administración.....	15
8.3.2. Efectos secundarios de los analgésicos	16
8.4. Manejo no farmacológico del dolor.....	17
8.4.1. Medidas físicas	17
8.4.2. Medidas ambientales	17
8.4.3. Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo- conductual.	18
8.5. Educación y comunicación con el paciente y la familia	18
8.6. Recomendaciones al alta	19
9. ALGORITMO DE ACTUACIÓN	20
10. INDICADOR DE EVALUACIÓN	22
11. GLOSARIO/ DEFINICIONES.....	23

CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	29
ANEXO I (Escala de valoración del dolor)	29
ANEXO II (Escala Analgésica de la OMS)	31
ANEXO III (Analgésicos).....	32
ANEXO IV (Prejuicios sobre el uso de la morfina).....	38

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Actualmente se dispone de recursos farmacológicos para controlar el dolor oncológico en más del 95% de los pacientes. Sin embargo, un 60-80% de los mismos, no recibe un alivio satisfactorio.

El control del dolor es una prioridad social y sanitaria, además de un deber y un derecho reconocido por la OMS.

Este protocolo se realizó con el fin de mejorar la gestión del dolor por parte de los profesionales de enfermería.

OBJETIVO: El objetivo principal fue orientar a los enfermeros en la toma de decisiones y en la determinación de actividades dirigidas al alivio del dolor, en una planta de Oncología.

MÉTODO: Se realizó una revisión bibliográfica mediante distintas herramientas de búsqueda, limitada a documentos publicados entre los años 2010 y 2015. Se seleccionaron y utilizaron una serie de artículos, junto a varias Guías de Práctica Clínica y otras publicaciones de interés, para la elaboración de este protocolo.

CONCLUSIONES: Los enfermeros, orientados por el protocolo, estarán capacitados para tomar decisiones y llevar a cabo distintas actividades destinadas al alivio integral del dolor. Se encargarán de detectarlo precozmente y de incluir su manejo en el Plan de Cuidados, para planificar evaluaciones periódicas y distintas actividades como parte de su tratamiento.

Palabras clave: Dolor, dolor oncológico, cáncer, opioides, cuidados paliativos, enfermería, protocolo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: At the moment, there are enough available pharmacological resources as to control cancer pain in over 95% of the patients. However, a 60-80% of them does not receive a satisfactory relief.

Pain control is a social and health priority, as well as a duty and a right recognized by the WHO.

This protocol was elaborated in order to improve the pain management by nursing staff.

OBJECTIVE: The main objective was to guide the nurses in the decision making and the determination of activities directed to cancer pain relief, in a hospitalization unit of Oncology.

METHOD: A bibliographic review was performed using different search tools, limited to documents published between the years 2010 and 2015. A series of articles, along with several Clinical Practice Guidelines and other publications of interest, was selected and used in the elaboration of this protocol.

CONCLUSIONS: Nurses, guided by this protocol, will be able to make decisions and carry out different activities directed to whole pain relief. They are responsible for early pain detection and inclusion in the Care Plan, in order to plan periodic evaluations and different activities as a part of its treatment.

Key words: Pain, cancer pain, cancer, opioids, palliative cares, nursing, protocol.

INTRODUCCIÓN

Cada año se diagnostican 17 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo. El dolor es una de sus principales manifestaciones clínicas. Se estima que está presente entre un 52-82% de los pacientes, siendo en un 40-50% de moderada a severa intensidad y en un 25-30% insoportable. ⁽¹⁾

La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a daño tisular real o potencial de los tejidos o descrito en términos de dicho daño”. ⁽¹⁻⁶⁾

Se puede clasificar el dolor atendiendo a su duración. Se habla de dolor agudo cuando su duración es inferior a tres meses y de dolor crónico cuando es superior. ⁽¹⁻⁵⁾

El dolor agudo tiene un significado funcional de alarma y protección del individuo. El dolor crónico se asocia al concepto de “dolor total” y es una experiencia multidimensional, que integra aspectos psicológicos, emocionales y socio-familiares. ⁽¹⁻⁵⁾

Sobre el dolor crónico puede producirse el dolor irruptivo, que se trata de exacerbaciones transitorias en forma de crisis de dolor. ⁽¹⁻⁵⁾

Por sus características fisiológicas, el dolor puede ser nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo puede ser somático, que está bien localizado; o visceral, que es difuso y se irradia. El dolor neuropático presenta características lancinantes y es de difícil control. ⁽¹⁻⁷⁾

En cuanto a la fisiopatología, un 70% corresponde a la invasión tumoral de estructuras adyacentes, siendo la invasión de estructuras óseas la causa más frecuente de dolor. En un 20% son responsables los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Menos de un 10% se atribuye a los síndromes inducidos por la neoplasia. Y el resto se debe a causas extraoncológicas (artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio...) ⁽¹⁻⁵⁾

La valoración regular del dolor permite identificar cambios en la progresión de la enfermedad y ajustar el uso de fármacos analgésicos. Existen diferentes escalas para cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente (Anexo I) ^(1,3,5-8)

La OMS considera el dolor severo secundario a cáncer como un problema de salud mundial. Por una parte conlleva el sufrimiento del individuo y su familia, y por otra constituye una fuente de grandes pérdidas económicas (gastos elevados de asistencia, discapacidad, pérdida de productividad laboral...). ^(2,4,9)

En 1986, la OMS publicó "El Método de la OMS para el Alivio del Dolor por Cáncer", conocido como Escalera Analgésica de la OMS (Anexo II). ^(2,4,10)

La Escalera Analgésica incorpora medidas farmacológicas con propiedades analgésicas y otras adyuvantes, para un adecuado control del dolor. De manera que una respuesta no satisfactoria, indica pasar al escalón superior para usar medicamentos más potentes o la asociación de ellos. ⁽¹⁻¹⁰⁾

En el año 2002 se propuso la variante del Ascensor Analgésico, basado en el concepto de inmediatez en la respuesta, tratando el dolor dependiendo de su grado. ^(1,9)

A lo largo de los años se han ido produciendo modificaciones en la Escalera Analgésica. En 2006 se concluyó reconociendo que su difusión ha mejorado de forma sustancial el tratamiento del dolor. Actualmente sigue siendo el método terapéutico más utilizado en el dolor oncológico. ^(1,4,9)

Aunque actualmente se dispone de recursos farmacológicos como para asegurar el control del dolor en más del 95% de los pacientes, se estima que un 60-80% de los mismos no recibe un alivio satisfactorio. ^(2,8)

El control del dolor es una prioridad social y sanitaria, además de un deber y un derecho reconocido por la OMS, que requiere de un abordaje multidisciplinar. Teniendo en cuenta la magnitud de este problema, se realiza este protocolo dirigido a los profesionales de enfermería, con el fin de mejorar la gestión del dolor oncológico. ^(5,11)

OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un protocolo de cuidados enfermeros para orientar la toma de decisiones y determinar las actividades dirigidas al alivio del dolor oncológico, en una planta de hospitalización.

Objetivos específicos

- Mostrar el impacto del manejo inadecuado del dolor, con el fin de sensibilizar y promover un cambio de actitud sobre este tema.
- Afianzar los conocimientos acerca del dolor oncológico de los profesionales de enfermería.
- Reflejar la responsabilidad que enfermería tiene en la identificación, evaluación y tratamiento del dolor oncológico.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo y Google Académico, la revista Medpal y el buscador de artículos de revistas de la editorial Elsevier.

Las palabras clave utilizadas han sido: "dolor", "dolor oncológico", "dolor crónico", "enfermería", "enfermería oncológica", "cuidados paliativos", "cáncer" y "opioides".

Las limitaciones empleadas han sido que los artículos estuviesen publicados entre los años 2010 y 2015. Salvo en un caso, en el que se limita la búsqueda del 2005 al 2015. En la base de datos Scielo, también se ha limitado a que los artículos estuviesen escritos en español o en inglés.

De los artículos encontrados, han sido seleccionados los que más se ajustaban al propósito del trabajo.

Tabla 1. Herramientas de búsqueda

HERRAMIENTAS DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES EMPLEADAS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
SCIELO	"Dolor" "Cáncer" "Cuidados paliativos"	2010 - 2015 Español. Inglés	7	1
	"Dolor oncológico" "Opioides"	2005-2015 Español. Inglés	5	1
GOOGLE ACADÉMICO	"Dolor oncológico" "Cuidados paliativos"	2010 - 2015	150	3
	"Dolor oncológico" "Opioides"		247	1
	"Dolor oncológico" "Enfermería"		25	2
	"Enfermería oncológica" "Dolor crónico"		21	2

MEDPAL	"Dolor oncológico" "Enfermería"	2010 - 2015	85	1
ELSEVIER	"Dolor oncológico" "Enfermería"	2010 - 2015	8	2

Fuente: Elaboración propia

También han sido consultadas varias Guías de Práctica Clínica y otros documentos de interés, como se ve a continuación.

Tabla 2. Otros documentos

OTROS DOCUMENTOS	PROCEDENCIA
Guía de buenas prácticas clínicas de la Valoración y Manejo del Dolor	Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) Traducción al español por la Unidad de Investigación de Cuidados en Salud (Instituto de Salud Carlos III)
Protocolo de Valoración y Manejo del Dolor en pacientes hospitalizados	Equipo impulsor implicado en la implantación de la guía de buena práctica clínica RNAO de profesionales del Complejo Universitario de Albacete
Guía Clínica de Alivio del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos	Plan AUGÉ del Sistema Nacional de Salud de Chile.
Guía de Manejo de Dolor Oncológico	Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Dolor en niños con cáncer	Unidad de Investigación de Cuidados en Salud (Instituto de Salud Carlos III)

Manual de Enfermería Oncológica	Instituto Nacional de Cáncer de Argentina
Guía de Cuidados Paliativos	SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos)
Planes de cuidados de Enfermería estandarizados	AECPAL (Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos)
Estándares y Recomendaciones de Calidad y Seguridad de la Unidad de Tratamiento del Dolor	SED (Sociedad Española del Dolor)

Fuente: Elaboración propia

Con la información recogida, se va a realizar un Protocolo de cuidados enfermeros dirigidos al alivio del dolor oncológico hospitalario, a partir de las normas de la Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia, del departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

DESARROLLO

PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS DIRIGIDOS AL ALIVIO DEL DOLOR ONCOLÓGICO HOSPITALARIO

1. AUTORA:

Patricia Valero Tapia, estudiante de cuarto de Enfermería en la Universidad de Zaragoza.

2. REVISORA EXTERNA:

Mercedes Ruidiaz Peña, profesora de Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

La autora y la revisora declaran que no existe conflicto de intereses.

4. METODOLOGÍA:

Enfermería tiene un papel fundamental en el control del dolor por su proximidad y trato continuo con el paciente.

En primer lugar, se contacta con la supervisora de Oncología, para explicarle la intención de establecer un protocolo de cuidados enfermeros que responda a la necesidad de mejorar los conocimientos para una gestión adecuada del dolor oncológico.

En segundo lugar, se evalúan con ella la disposición y las barreras de la Unidad para la implementación del mismo.

Finalmente, se planifica una sesión con el equipo de enfermería de la planta de Oncología. Se presentará el protocolo y se explicarán con detalle las distintas intervenciones y recomendaciones.

El protocolo será actualizado cada tres años.

5. OBJETIVOS:

Objetivo general

- Estandarizar la práctica asistencial de enfermería con la implementación de recomendaciones basadas en la evidencia, dirigidas al tratamiento del dolor oncológico.

Objetivos específicos

- Detectar la presencia de dolor en los pacientes oncológicos y evaluarlo correctamente.
- Incluir en el Plan de Cuidados los diagnósticos, resultados e intervenciones relacionados con el dolor.
- Disponer del conocimiento necesario para administrar el tratamiento farmacológico prescrito, y para identificar y tratar los efectos secundarios de los analgésicos.
- Llevar a cabo terapias complementarias a las farmacológicas.
- Educar e implicar al paciente y la familia en el tratamiento del dolor.

6. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO:

Profesionales de enfermería que trabajan en la planta de Oncología de un hospital.

7. POBLACIÓN DIANA:

Pacientes ingresados en la planta de Oncología, que padecen o pueden padecer dolor atribuible o derivado de la presencia de un tumor.

8. ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS

8.1. Valoración del dolor

8.1.1. ¿Cómo?

Se utilizará el acrónimo O,P,Q,R,S,T,U,V (por sus siglas en inglés): ⁽¹²⁾

- **Aparición (*onset*):** ¿Cuándo comenzó el dolor? ¿Es constante o intermitente? ⁽¹²⁾

- **Provocado/paliativo:** ¿Qué lo provoca? ¿Qué hace que mejore? ¿Qué hace que empeore? ⁽¹²⁾
- **Calidad (*quality*):** ¿Dolor opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas...? ⁽¹²⁾
- **Región /irradiación:** ¿Dónde se localiza? ¿Se extiende hacia alguna zona? ⁽¹²⁾
- **Gravedad (*seriousness*):** ¿Cuál es la intensidad del dolor? ⁽¹²⁾
Se utilizará la **Escala Numérica**, la **Escala Visual Analógica**, la **Escala Verbal Categórica**, la **Escala Facial** o la **Escala PAINAD**, en función de las características del paciente. (Anexo I). ⁽¹³⁾
La puntuación obtenida se registrará en la gráfica de constantes vitales. ⁽¹³⁾
- **Tratamiento:** ¿Qué tratamientos ha utilizado en el pasado y cuáles utiliza actualmente? ¿Le resultan efectivos? ⁽¹²⁾
- **Comprensión/impacto (*understanding*):** ¿Cómo afecta el dolor a usted y/o a su familia? ^(12,14)
- **Valores:** ¿Cuál es su objetivo en relación con este dolor? ⁽¹²⁾

8.1.2. ¿Cuándo?

Se realiza una valoración inicial del dolor al ingreso. ⁽¹³⁾

Se valorará, al menos una vez al día, a las personas que potencialmente pueden sufrir dolor. ⁽¹³⁾

Una vez detectada la presencia de dolor, las valoraciones estarán programadas cada 6-8 horas, utilizando siempre la misma escala. ⁽¹²⁻¹³⁾

La aparición de un dolor repentino e intenso, o asociado con alteraciones de las constantes vitales (hipotensión, taquicardia o fiebre), es motivo de valoración inmediata. Se avisará al médico responsable. ⁽¹³⁾

La información recogida se comunica al médico y se utiliza para elaborar el Plan de Cuidados de Enfermería. ⁽¹³⁾

8.2. Elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería

La necesidad alterada será la de **“Seguridad”**. En este apartado se registran los datos obtenidos de la valoración del dolor. ⁽¹⁵⁾

Se seleccionará el **diagnóstico (NANDA)** de “Dolor agudo” relacionado con “agentes lesivos (físicos, químicos, biológicos o psicológicos)” o “Dolor crónico” relacionado con “incapacidad física o psíquica crónica”.

Puede estar manifestado por "agitación", "irritabilidad", "informes verbales de dolor", "alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas", "respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático" ⁽¹⁵⁾

Se decidirá cuáles son los **resultados (NOC)** que se quieren conseguir: "calidad de vida", "control del dolor", "severidad de los síntomas", "nivel del dolor", "dolor: efectos nocivos", "dolor: respuesta psicológica adversa", "satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor", "respuesta a la medicación", "autocuidados: medicación no parenteral", "autocuidados: medicación parenteral", "conocimiento: manejo del dolor". ⁽¹⁵⁾

Las **intervenciones (NIC)** serán "manejo del dolor", "administración de analgésicos" y "manejo de la medicación", con todas las actividades que se presentan a continuación. ⁽¹⁵⁾

8.3. Manejo farmacológico del dolor (Anexo III)

El tratamiento es individualizado y se basa en la respuesta del paciente a la analgesia, que se registra en la Evaluación de Enfermería. ⁽¹²⁻¹³⁾

Enfermería se encarga de respetar las dosis fijas de los analgésicos, no administrándolos a demanda, y de hacer un buen uso de las dosis de rescate. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

En aquellos procedimientos que se prevean dolorosos, se consultará al médico responsable del paciente la pauta analgésica a seguir, administrando el analgésico 30 minutos antes de realizar el procedimiento. ⁽¹³⁾

8.3.1. Vías de administración

- La **vía oral** será siempre la primera opción terapéutica. ⁽⁸⁾
- Los **vía transdérmica** se utiliza en forma de parches, que se deben colocar sobre la piel íntegra y lejos de fuentes de calor directas. ⁽¹⁸⁾
- La **vía subcutánea** se utiliza para administrar mediación a través de una "palomilla" que se puede mantener entre 7-10 días. En caso de enrojecimiento, dolor, sangrado o extravasación, se cambiaría de inmediato. La administración del fármaco debe ser lenta. No precisa heparinización, pero se lavará con 0,5 ml de suero fisiológico para arrastrar lo que quede en el catéter de la "palomilla". ^(5,8, 18)

- La **vía intravenosa** requiere la heparinización del catéter cuando se usa de forma intermitente. También es útil para hidratar al paciente y administrar otro tipo de fármacos (antieméticos, psicotrópicos...) ^(5,16)
- La **vía intramuscular** sólo se utiliza en situaciones de urgencia. Se administraría una única dosis, seguida de otra dosis subcutánea para sostener la analgesia. ^(8, 16)

Si el estado cognitivo del paciente lo permite, se pueden utilizar bombas electrónicas tipo ACP (analgesia controlada por el paciente). Enfermería le explicará la técnica y evaluará que se hace un uso correcto de la bomba. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

8.3.2. Efectos secundarios de los analgésicos

El enfermero debe comprobar las alergias medicamentosas del paciente. Además de anticiparse y saber reconocer los efectos adversos más frecuentes de los analgésicos, principalmente de los opioides. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Náuseas y vómitos

Asegurarse de que los pacientes que toman opioides de manera regular, tienen prescrito un antiemético "a demanda". ⁽¹²⁻¹³⁾

Estreñimiento

Se administran laxantes como medida preventiva para los pacientes que siguen un tratamiento regular con opioides. ⁽¹³⁾

Aconsejar a los pacientes sobre modificaciones dietéticas para mejorar el peristaltismo intestinal. Deberá aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra y la ingesta hídrica. ⁽¹³⁾

Somnolencia/sedación y depresión respiratoria

La sedación transitoria es normal en las personas con tratamiento de opioides. Se valorará que la función respiratoria esté estable y se pueda despertar al paciente. ^(12, 18)

La naloxona es el antagonista utilizado en la depresión respiratoria.

Se disuelve una ampolla de 0,4 mg en 10 ml de suero fisiológico y se administran 0,5 cc por vía intravenosa o subcutánea cada 2 minutos hasta el restablecimiento de una respiración satisfactoria. ⁽²⁰⁾

Otros efectos adversos

Con menor frecuencia puede producirse **prurito**, que se trata con antihistamínicos. Y **retención urinaria**, que puede precisar sondaje. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

8.4. Manejo no farmacológico del dolor

Las terapias complementarias optimizan el manejo del dolor persistente, reduciendo al mínimo la cantidad de medicación requerida, pero sin sustituir al tratamiento farmacológico. ⁽¹²⁾

8.4.1. MEDIDAS FÍSICAS

Aplicación de frío o de calor

El frío contribuye al alivio del dolor cuando existe componente inflamatorio. Y el calor cuando hay tensiones musculares o dolor de articulaciones. ^(7,20)

Pueden aplicarse mediante bolsas de hielo o agua caliente, o mediante compresas mojadas. Se colocan durante 15 minutos cada 2 horas. ^(13,20)

Están contraindicados en zonas recién irradiadas. Además, el frío no debe aplicarse en zonas isquémicas y el calor en zonas con la sensibilidad disminuida. ^(13,20)

Se debe registrar la zona tratada y la reacción en la Evaluación de Enfermería. ⁽¹³⁾

Cambios posturales

Permiten conseguir posturas antiálgicas, además de prevenir las úlceras. ^(13,21)

8.4.2. MEDIDAS AMBIENTALES

Se tratará de proporcionar una atmósfera adecuada (luz, evitar ruidos, ropa de cama limpia, seca y sin arrugas; temperatura adecuada...), con el fin de que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

8.4.3. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, PSICOEDUCATIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión. ⁽¹³⁾

- Se debe informar al paciente y a la familia de la existencia de **grupos de apoyo** activos localmente. ⁽¹³⁾

- Aprendizaje de habilidades de relajación:

Ejercicios corporales de tensión-distensión muscular y respiración, con ejercicios cognitivos de imaginación de escenas. ⁽¹³⁾

El paciente adquiere un sentido de control de su dolor. ⁽¹³⁾

- Tratamiento de los aspectos conductuales:

Distracciones

Programación de actividades adaptadas a sus posibilidades y que le resulten gratificantes. Como ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear... ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Reestructuración cognitiva

Hablar con el paciente tratando de modificar las creencias y pensamientos negativos que tiene, por otros más positivos. ⁽¹³⁾

8.5. Educación y comunicación con el paciente y la familia

El paciente, familiar y/o cuidador debe ser informado de todo el proceso de forma objetiva. Tanto de las intervenciones, como de los posibles efectos adversos. ⁽¹²⁻¹³⁾

Insistir en la comunicación inmediata de los cambios producidos en el dolor y de la falta de alivio de este. ⁽¹³⁾

La información también va encaminada a corregir las creencias erróneas acerca de los medicamentos opioides, que influyen negativamente en su adherencia a estos. ^(12-13, 21) (Anexo IV)

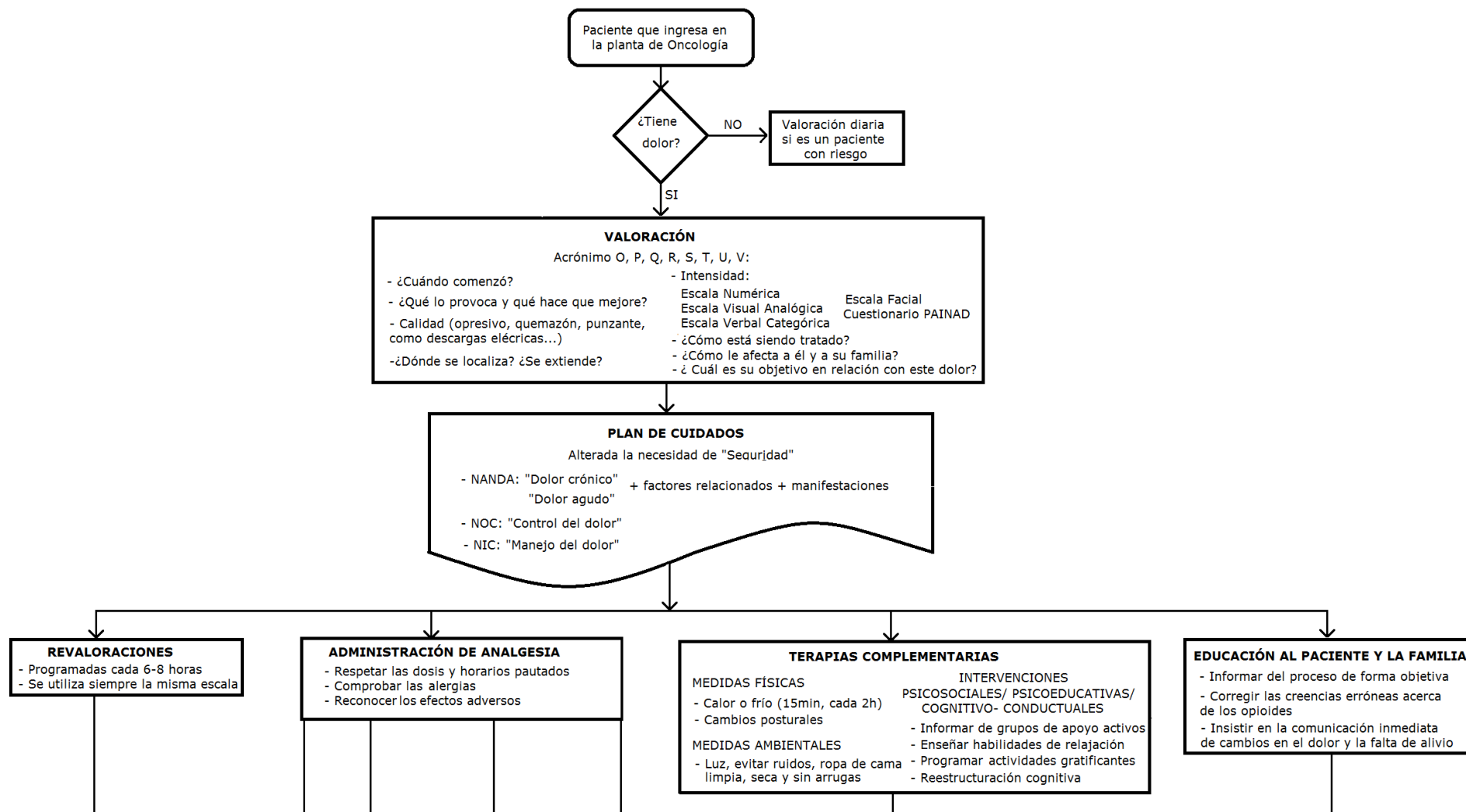
Esclarecer las diferencias entre tolerancia, dependencia y adicción. La tolerancia a los opioides tiene poca importancia en los tratamientos prolongados, ya que se llega a producir una meseta en los requerimientos. Además, los opioides mayores no presentan techo analgésico. La adicción no es habitual. ^(5,7, 13,22)

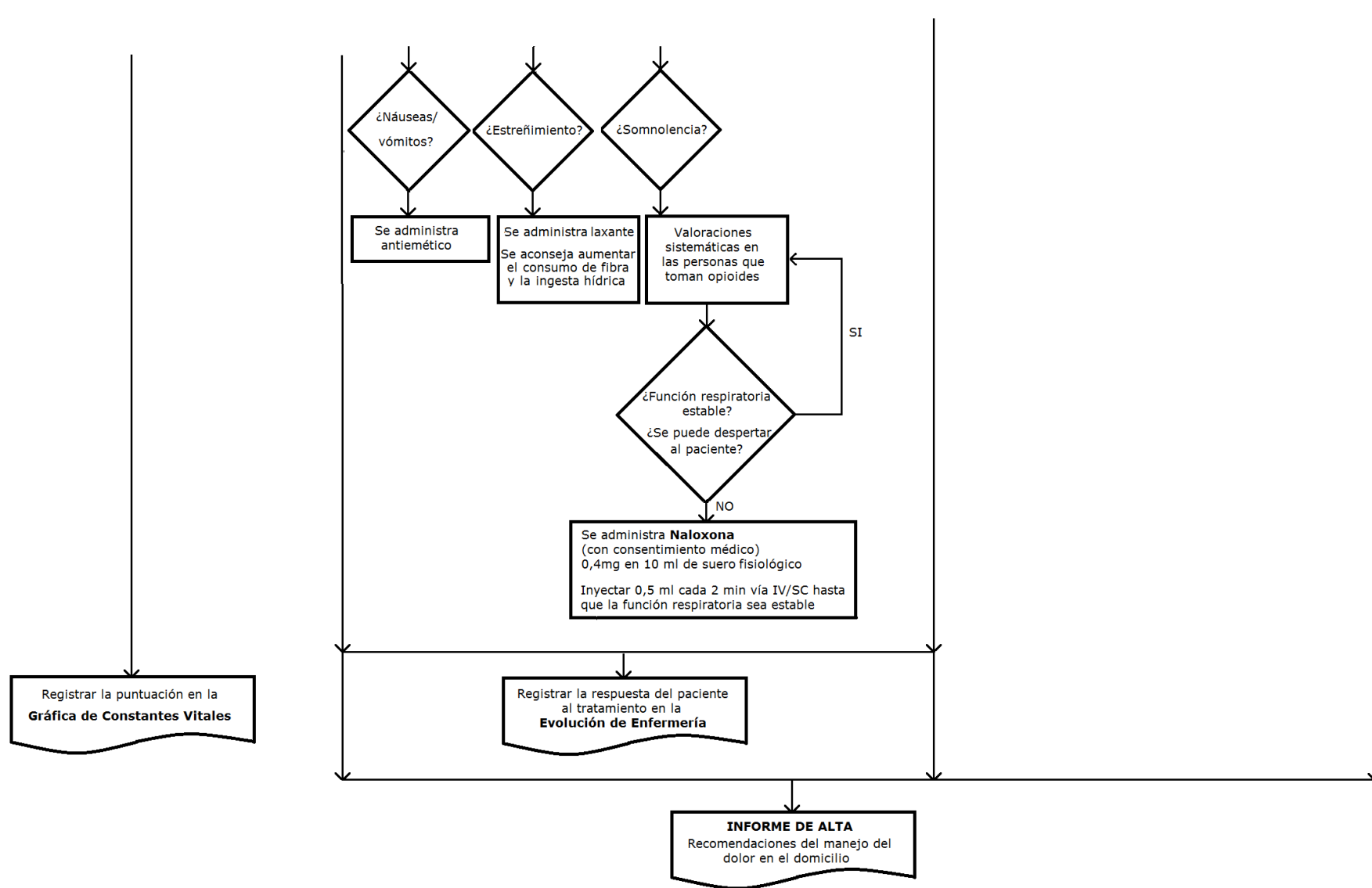
La relación con el paciente tiene que basarse en la escucha activa y la empatía. Evitar juzgar su dolor y evitar la desesperanza. ^(7,10, 14)

8.6. Recomendaciones al alta

En el Informe de Alta deben constar las recomendaciones para el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor, además de los signos de alerta por los cuales debiera consultar. ⁽¹³⁾

9. ALGORITMO DE ACTUACIÓN





10. INDICADOR DE EVALUACIÓN

Tabla 3. Manejo del dolor en el Plan de Cuidados

GESTIÓN ENFERMERA DEL DOLOR ONCOLÓGICO	
ÁREA RELEVANTE	Planta de hospitalización de Oncología
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
OBJETIVO /JUSTIFICACIÓN	<p>El dolor repercute gravemente en la calidad de vida del paciente oncológico.</p> <p>Enfermería tiene una labor fundamental en la gestión del dolor, resultando imprescindible que una vez detectada su presencia, lo incorpore en el Plan de Cuidados.</p> <p>Se elabora este indicador para evaluar en qué grado se cumple esta recomendación.</p>
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes oncológicos ingresados, en cuyo Plan de Cuidados se incluye el manejo del dolor}}{\text{Número de pacientes oncológicos ingresados, con un cribaje de dolor positivo}} \times 100$
TIPO DE INDICADOR	Proceso
ESTÁNDAR	95%
FUENTE DE DATOS	Plan de Cuidados de Enfermería
POBLACIÓN	Pacientes ingresados en la planta de hospitalización de Oncología

RESPONSABLE OBTENCIÓN	DE	Supervisora de la planta de Oncología
PERIODICIDAD OBTENCIÓN	DE	Trimestral
OBSERVACIONES COMENTARIOS	/	Se cree que el indicador resulta válido para medir el cumplimiento del protocolo, ya que la elaboración de un Plan de Cuidados para el dolor oncológico implica la planificación, ejecución y evaluación del resto de procedimientos.

Fuente: Elaboración propia

11. GLOSARIO/DEFINICIONES

- Adicción: fenómeno psicopatológico dirigido a tomar de forma compulsiva un fármaco para obtener efectos psicológicos. ⁽⁸⁾
- Analgesia controlada por el paciente (ACP): autoadministración de analgésicos vía parenteral, por medio de una bomba de perfusión programable. ⁽¹²⁾
- Dependencia (física): estado de adaptación que se manifiesta por un síndrome de abstinencia específico de una droga. Puede ser producido por la interrupción brusca, la reducción rápida de la dosis o la administración de un antagonista. ⁽¹²⁾
- Dosis de rescate: dosis adicionales del opiáceo utilizado por horario estricto, administrando la mitad de la dosis indicada. ^(8,16)
- Opioides: grupo de fármacos que actúan sobre los receptores específicos de membrana localizados en el cerebro y en la médula espinal, disminuyendo los estímulos nociceptivos aferentes y la liberación de neurotransmisores excitatorios involucrados en las vías del dolor. ⁽¹⁷⁾

- Techo analgésico: cualidad de un analgésico que permite aumentar su dosis tanto como sea necesario, consiguiendo un mayor efecto y sin potenciar sus efectos adversos. ⁽¹⁸⁾
- Tolerancia: fenómeno que se produce cuando la exposición a una medicación en el tiempo, induce cambios que producen una disminución de uno o más de los efectos de la droga, con la necesidad de aumentar progresivamente la dosis. ^(8,12)

CONCLUSIONES

Se ha realizado un protocolo de cuidados de enfermería dirigidos al alivio del dolor oncológico hospitalario.

Los enfermeros, orientados por el protocolo, y una vez afianzados sus conocimientos, estarán capacitados para tomar decisiones y llevar a cabo distintas actividades destinadas al alivio integral del dolor.

Los enfermeros serán responsables en el cumplimiento de sus funciones mediante la detección precoz de la presencia de dolor. Una vez detectado, incluirán su manejo en el Plan de Cuidados, mediante el cual planificarán evaluaciones periódicas y distintas actividades como parte de su tratamiento.

Este protocolo habrá conseguido sensibilizar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de implicarse en la gestión del dolor.

Concluyo, que la realización de este protocolo cumple con la labor de reivindicar que los Enfermeros son profesionales con suficiente formación y autonomía, como para mejorar de manera significativa la situación actual del dolor oncológico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1)** Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez J.R, Silva Jiménez E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Rev Panorama Cuba y Salud. 2013; 8(2): 41-48.
- 2)** Reyes Chiquete D, González Ortiz J. C, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cáncer. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2011; 18(2): 118-134.
- 3)** Khosravi Shahi P, Del Castillo Rueda A, Pérez Manga G. Manejo del dolor oncológico. An. Med. Interna. 2007; 24(11): 554-557.
- 4)** Lea Derio M, Ahumada M, Fernández R, Rodríguez N, Schramm C, Barahona A. et al. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos [Internet]. 3ª ed. Santiago: Minsal; 2011 [acceso 22 Febrero 2015]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>
- 5)** Goldman A. compiladora. Manual de enfermería oncológica. 1ª ed. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2014.
- 6)** San Bartolomé Gutierrez J. Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. Rev. enferm. CyL. 2014; 6(2): 74-92.
- 7)** Romero J. Dolor oncológico [Internet].1ª ed. Valencia: Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana; 2010 [acceso 3 Marzo 2015]. Disponible en:
<http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/images/clinicos/dolor%20oncologico.pdf>
- 8)** González-Escalada J. R, Camba A, Casas A, Gascón P, Herruzo I, Núñez-Olarte J. M. et al. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2011; 18(2): 98-117.
- 9)** Vera García M.C. La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico. Rev. enferm. CyL. 2014; 6(1): 23-30.
- 10)** Palanca Sánchez I, Puig Riera de Conías M.M, Elola Somoza J, Bernal Sobrino J.L, Paniagua Caparrós J.L. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

11) Salvadó Hernández C, Fuentelsaz Gallego C, Arcay Veira C, López Meléndez C, Villar Arnal T, Casas Segala N. Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III. *Enferm Clin.* 2009; 19 (6):322-329.

12) Asociación profesional de Enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería: Valoración y manejo del dolor [Internet]. 3ª ed. Toronto: Investén-isciii; 2013 [acceso 7 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/BPG_Pain_16_01_2015.pdf

13) Ruiz García MªV, Gómez Tomás A, Córcoles Jiménez MªP, Herreros Sáez L, Segovia Gil MªI, López Simón J. et al. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados [Internet]. 1ª ed. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2013 [acceso 7 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>

14) Verona E, Reyes J.L. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. *MedPal.* 2011; 3(4): 27-28.

15) Vallés Martínez MªP, Casado Fernández N, García Salvador I, Manzanas Gutiérrez A, Sánchez Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales [Internet]. 2ªed. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos; 2014 [acceso 7 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/GuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria_2.pdf

16) León Pérez A, Antinio Madinaveita J. Manual de procedimientos técnicos Clínica del dolor [Internet]. 1ªed. México: Secretaría de Salud de México; 2012 [acceso 15 Marzo 2015]. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MOP-SSQ-02.pdf>

17) Medina Sanson A, Pazos Alvarado E, Pérez Villanueva H, Salgado Arroyo B. Los cuidados paliativos: un aspecto esencial de la Oncología Pediátrica. *Gac Mex Oncol.* 2013; 12(3): 182-195.

18) Gatell Maza P. Mitos y conceptos erróneos en el uso de opioides en el dolor total. *Rev. Enferm. Gerontol.* 2010; 14: 58-66.

19) González María E, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Gil Rubio P, Herreros López P. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer [Internet]. 1ª ed. Madrid: Investén-isciii, 2013 [acceso 20 Marzo 2015]. Disponible en:

<http://www.criscancer.org/descargas/gpc.pdf>

20) Dopico Santamariña L.Mª, Hermida Porto L. Manejo del dolor oncológico [Internet]. 1ª ed. A Coruña: Elsevier; 2014 [acceso 20 Marzo 2015]. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/>

21) Alonso J.P. El tratamiento del dolor por cáncer en el final de la vida: estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Salud colect. 2013; 9(1): 41-52.

22) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 2010 [acceso 8 Marzo 2015].

Disponible en: <http://www.secpal.com///Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

ANEXOS

Anexo I. Escalas de valoración del dolor

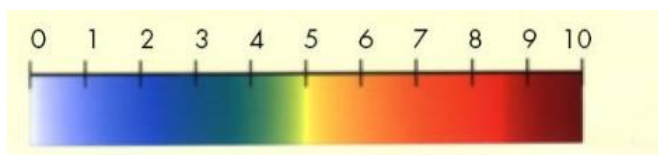
- Escala Numérica (NRS):

Se le pedirá al paciente que valore el dolor de 0 a 10.

No dolor=0. Dolor leve=1-2. Dolor moderado=3-5. Dolor intenso=6-8.
Dolor insoportable= 9-10.

- Escala Visual Analógica (EVA):

El paciente marca su dolor en una línea de 10 cm, en la que el extremo izquierdo representa la ausencia de dolor y el extremo derecho representa el dolor máximo.



No dolor=0. Dolor leve=1-2. Dolor moderado=3-5. Dolor intenso=6-8.
Dolor insoportable= 9-10.

- Escala Verbal Categórica (VRS):

Cuando el paciente no es capaz de cuantificar su dolor con las escalas anteriores, se le pregunta:

“¿Le duele mucho (10-7), bastante (6-4), poco (3-1) o nada (0)?”.

- Escala Facial de Dolor (FPS): de Wong-Baker.

Puede usarse en pacientes pediátricos.

Se recomienda cotejar los datos del autoinforme con una escala conductual y/o parámetros fisiológicos para una mejor evaluación.



Cada cara tiene una puntuación asociada. Estas son, de izquierda a derecha: no dolor (0), dolor leve (1-2), moderado (3-5), intenso (6-8), insoportable (9-10).

- Escala PAINAD- evaluación del dolor en la demencia avanzada

Se utiliza para evaluar el dolor en adultos que tienen demencia o deterioro cognitivo, incapaces de comunicar su dolor de manera fiable.

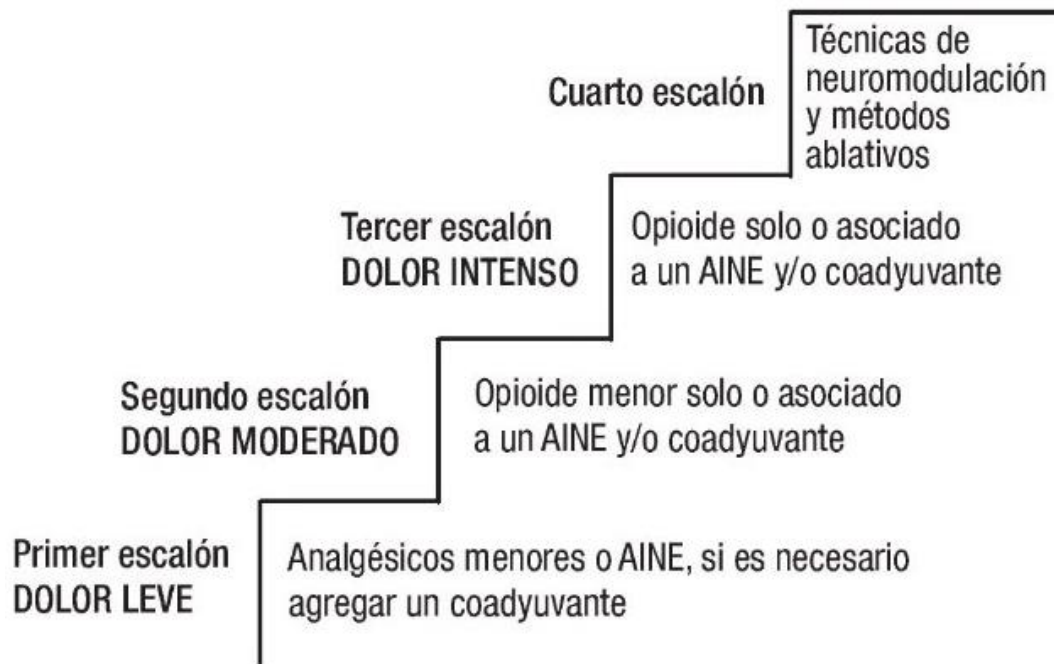
Observar a la persona durante 3-5 minutos durante el estado de reposo y luego durante la actividad/movimiento (tales como bañarse, giro, transferencia). Para cada elemento incluido en el PAINAD, seleccione el marcador (0, 1, 2) que refleja el estado actual de la conducta. Añadir la puntuación de cada tema para lograr una puntuación total.

Puntuaciones totales: 0=no dolor. 1-3= dolor leve. 4-6= dolor moderado. 7-10= dolor intenso.

Escala de dolor PAINAD: 48 horas		Puntuación	
RESPIRACION independiente de la verbalización-vocalización del dolor	0 NORMAL 1 Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos hiperventilación. 2 Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	Basal:	
		Aseo:	
VOCALIZACION VERBALIZACION NEGATIVA	0 NINGUNA 1 Gemidos o quejidos ocasionales. Habla volumen bajo o con desaprobación. 2 Llamadas agitadas, repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	Basal:	
		Aseo:	
EXPRESION FACIAL	0 Sonriente o inexpresivo 1 Triste. Atemorizado. Ceño fruncido. 2 Muecas de disgusto y desaprobación.	Basal:	
		Aseo:	
LENGUAJE CORPORAL	0 Relajado 1 Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos. 2 Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física.	Basal:	
		Aseo:	
CAPACIDAD DE ALIVIO	0 No necesita que se le consuele. 1 Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole. 2 Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle.	Basal:	
		Aseo:	
PUNTUACION TOTAL		Basal:	Aseo:

Fuente: Protocolo de Valoración y Manejo del Dolor en Pacientes Hospitalizados. 2013.

Anexo II. Escalera Analgésica de la OMS



Fuente: Rosario Cruz M, Medina Villaseñor E.A, Artiachi de León G, Quezada Adame I, Neyra Ortiz E. Tratamiento del dolor en el paciente con cáncer. Gac Mex Oncol. 2010; 9(3): 104.

Anexo III. Analgésicos

1. PRIMER ESCALÓN

Dolor de intensidad leve (1 – 4) de la EVA (Escala Visual Análoga)

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES (ANOP)

Droga	Acción	Efectos adversos	Dosis
Paracetamol Indicación principal: fiebre, dolor asociado a infecciones virales, cefalea.	No tiene efecto antiinflamatorio, sino analgésico y antipirético de acción central.	Escasos efectos adversos: no lesiona la mucosa gástrica, no afecta la agregación plaquetaria, a dosis habituales es poco frecuente la hepatotoxicidad. Puede asociarse con AINES.	500 mg c/6-4 hs. Máx. 4 gr/día.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINES)

General	Acción	Efectos adversos	Dosis
Inflamación o dolor óseo, tienen efecto analgésico, antiinflamatorio.	Inhibición de la síntesis de prostaglandinas.	Digestivos: Gastritis erosiva, ulceraciones gastroduodenales, hemorragias. Renales: Insuficiencia renal aguda, retención hidrosalina, edemas. Hemostasia: Hemorragias por disminución de la agregación plaquetaria. Hipersensibilidad: Broncoespasmo, rash cutáneo. Audición: Acúfenos, hipoacusia.	Se especifica abajo.
Droga	Indicación principal	Efectos adversos	Dosis
Aspirina	Prevención de eventos tromboembólicos.	Alta toxicidad digestiva.	500 mg c/6-4 hs. Máx. 2-3 gr/día.
Ibuprofeno	Dolor agudo inflamatorio.	Baja toxicidad digestiva.	400-600 mg c/6hs. Máx. 2-3 gr/día.
Naproxeno	Dolor e inflamación en enfermedad reumática y fiebre de origen tumoral.		250-500 mg c/12 hs. Máx. 1250 mg/día.
Diclofenac	Dolor e inflamación en enfermedad reumática y dolor postoperatorio.	Baja toxicidad digestiva.	50 mg c/8 h o 75 mg c/12 hs. Máx. 150 mg/día.
Ketorolac	Dolor postoperatorio y postraumático.	Mayor incidencia de toxicidad hepática.	Máx. 90-120 mg/día.
Indometacina	Muy eficaz en dolor por ataque agudo de gota.	No administrar por más de 5 días por daño renal.	Máx. 100 mg/día.
Piroxicam	Dolor crónico por poliartritis.	Alta incidencia de efectos adversos digestivos y renales.	Máx. 20 mg/día.

2. SEGUNDO ESCALÓN

Dolor de intensidad moderada (5 – 7) de la EVA (Escala Visual Analógica)

ANALGÉSICOS OPIOIDES DÉBILES

General	Acción	Efectos adversos	Dosis
	Potencia analgésica moderada y efecto techo, en general se comercializan asociados con AINE o paracetamol.	<p>Iniciales: Vómitos, somnolencia, disforia, confusión.</p> <p>Ocasionales: Sequedad de boca, transpiración, retención urinaria, prurito, mioclonías.</p> <p>Continuos: Constipación.</p> <p>Es necesario medicar para evitar la constipación y advertir al enfermo y su familia sobre estos efectos secundarios, para evitar que sientan temor cuando aparecen e interrumpan el tratamiento.</p>	Se especifica abajo.
Droga	Indicación principal	Efectos adversos	Dosis
Codeína	Metabolismo: hepático, biotransformación en morfina. Eliminación: renal.		30-60 mg c/6-4 hs VO, máx. 360 mg/día.
Dextropropoxifeno			100-200 mg c/6-4 hs VO o SC o EV, máx. 900 mg/día. Kiosidol ^{MR} Comprimidos: 98 mg + 400 mg dipirona. Ampollas: 50 mg + 1500 mg dipirona.
Tramadol	Metabolismo: hepático. Eliminación: renal.		50-100 mg c/8-6 hs VO o SC o EV, máx. 400 mg/día.

3. TERCER ESCALÓN

Dolor de intensidad severa (8 – 10) de la de la EVA (Escala Visual Analógica)

ANALGÉSICOS OPIOIDES POTENTES

Droga	Indicación principal	Efectos adversos	Dosis
Potencia analgésica fuerte y sin efecto techo.			
Morfina Presentaciones comerciales: comprimidos, gotas, jarabe o solución (preparados magistrales), ampollas, supositorios, gel de uso local o tópico.	Metabolismo: hepático, renal e intestino delgado. Eliminación: renal de los metabolitos activos.	Iniciales: Vómitos, somnolencia, disforia, confusión. Ocasionales: Sequedad de boca, transpiración, retención urinaria, prurito, mioclonías. Continuos: Constipación.	5-10 mg c/4 hs VO o SC o EV o rectal, sin techo.
Oxicodona			5-10 mg c/4 hs VO.
Metadona	Metabolismo: hepático. Eliminación: biliar, fecal, sin metabolitos. Vida media: larga acumulación 15-120 hs.	Revierde también el efecto analgésico.	2-5 mg c/24-12-8 hs VO o R o SL.
Otros: Fentanilo Buprenorfina Meperidina Nalbufina			
Naloxona	Antagonista con afinidad mayor que los agonistas.		En caso de depresión respiratoria, una ampolla: 400 microgramos, diluida en 10 ml con solución fisiológica. Administrar en bolo EV 0,5 ml (20 mcgr) cada 2 min, hasta recuperar la frecuencia respiratoria normal más bolos extra.

ADYUVANTES-COADYUVANTES-COANALGÉSICOS

Fármacos que se utilizan para potenciar el efecto analgésico e incrementar el alivio de determinados dolores (neuropático), colaborando en la analgesia producida por otros fármacos. También se consideran adyuvantes aquellos fármacos que se prescriben para controlar los efectos adversos de los analgésicos, disminuyendo la toxicidad de los mismos.

Tipo de dolor	Droga
Neuropático	Antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, anestésicos locales, corticoides, neurolepticos.
Óseo	Corticoides, bifosfonatos.
Musculoesquelético	Relajantes musculares, baclofen, benzodiacepinas.
Por obstrucción intestinal	Corticoides, octreotide, anticolinérgicos.

Antidepresivos	Acción terapéutica e indicaciones especiales	Efectos adversos	Dosis
	Su principal indicación es en el dolor neuropático que responde parcialmente a los opioides, asociado también a depresión e insomnio.		
Tricíclicos: <i>amitriptilina</i>		Arritmias, hipotensión ortostática, boca seca, retención urinaria, sedación.	25 mg/día. Máx. 150mg/día.
<i>Paroxetina</i>	Inhibidores de la recaptación de serotonina (irss).		10-40 mg.

Anticonvulsivantes	Acción terapéutica e indicaciones especiales	Efectos adversos	Dosis
<i>Gabapentin</i>	Dolor neuropático con disestesias, producen reducción de descargas paroxísticas. Se recomienda como agente de primera línea por probado efecto analgésico en dolor neuropático, buena tolerancia, rápido inicio de acción, rara interacción medicamentosa.		300-3600 mg/día.
<i>Pregabalina</i>		Edema palpebral, aumento de peso.	75-150 mg/día.
<i>Carbamazepina</i>			100-1600 mg/día.

Corticoides	Acción terapéutica e indicaciones especiales	Efectos adversos	Dosis
<i>Dexametasona</i> <i>Prednisona</i>	Dolor óseo, neuropático, cefalea por aumento de la presión intracraneana por metástasis cerebrales, artralgias, dolor por obstrucción de viscera hueca (intestino), distensión capsular de órgano, síndrome de compresión medular.		4-96 mg/día. 40-100 mg/día.
<i>Bifosfonatos</i>	Inhiben la actividad osteoclástica, reducen la reabsorción ósea. Indicación: disminuyen el dolor óseo, el riesgo de fractura patológica, la hipercalcemia.	Edema palpebral, aumento de peso.	
<i>Pamidronato</i>	Se utiliza en metástasis ósea de cáncer de mama, próstata.		60-90 mg a infundir por vía iv en 4-6 hs c/3-4 semanas.

Fuente: *Manual de Enfermería Oncológica. 2014.*

Anexo IV. Prejuicios sobre el uso de la morfina

Un porcentaje elevado de pacientes oncológicos sufren dolor por no recibir la analgesia adecuada, o bien la cantidad necesaria. En gran parte se debe a una serie de prejuicios existentes acerca de los analgésicos opioides.

"La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria".

Es muy raro que la morfina oral provoque una depresión respiratoria cuando se utiliza para neutralizar el dolor que provoca el cáncer.

El dolor es un potente antagonista de la depresión respiratoria que provocan los narcóticos. Debemos tener cuidado cuando a un paciente se le realiza alguna técnica antiálgica específica y disminuir la dosis de morfina cuando ha disminuido el dolor.

La morfina no es peligrosa si está prescrita de forma individualizada, con la dosis específica para cada paciente y con la seguridad de que el dolor que estamos tratando es sensible a este analgésico.

"La morfina por vía oral es inefectiva".

Sí que es efectiva, pero se absorbe mal, por lo que hay que dar del doble al triple de la cantidad que en el caso de utilizar la vía parenteral.

"La morfina provoca euforia".

Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor.

"La morfina provoca acostumbamiento".

El Comité de Expertos en Drogodependencia de la OMS no ha comunicado ningún caso de drogodependencia yatrógena en enfermos de cáncer.

Cuando un paciente ya no necesita morfina, se suprime (progresivamente si la tomaba desde hace más de 3 o 4 semanas) sin ningún problema.

Con los pacientes que tienen antecedentes de abuso de fármacos, se corre el riesgo de infravalorar el dolor y no suministrarle las dosis suficientes. O por el contrario, de no tener en cuenta su situación y suministrárselo en exceso.

"La tolerancia a la morfina se desarrolla rápidamente".

Sí que se produce el fenómeno de tolerancia, pero cuanto más largo es el tratamiento con morfina, menos importante es el fenómeno.

La mayoría de los aumentos importantes de dosis de morfina se deben al progresivo crecimiento del tumor.

"Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose".

Lamentablemente, podría decirse que es cierto. Con frecuencia, el paciente sólo obtiene el beneficio de un analgésico potente cuando está moribundo.

"Si el paciente tiene morfina en casa, se la robarán".

Hasta el momento no se ha comunicado ni un solo caso en este sentido. El submundo de la droga asociada a la delincuencia en el que se tiende a pensar, nada tiene que ver con un hogar anónimo donde un enfermo de cáncer tiene un frasquito con solución de morfina.

"El paciente usará la morfina para suicidarse".

No se ha comunicado ningún caso de alguien que haya utilizado la solución de morfina con este fin.

"Es una especie de muerto que vive".

En realidad, esta afirmación corresponde más con aquellos pacientes a quienes no se les están suministrando los analgésicos adecuados.

Fuente: Guía de Cuidados Paliativos. 2010.